

Az ante- és posztnatális időszakban előforduló hangulati zavarokat befolyásoló szociális, szociodemográfiai és intrapszichés tényezők vizsgálata



Perinatális hangulati zavar

Dombi Edina dr.^{1,2}, Berta Renáta^{1,3}, Jámbori Szilvia dr.³

¹SZTE JGYPK TOKI, Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia Tanszék, Szeged
(Intézményvezető: Dr. Kakuszi Péter)

²SZTE, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged
(Intézményvezető: Prof. dr. Németh Gábor)

³SZTE BTK, Pszichológiai Intézet, Szeged (Intézményvezető: dr. Szabó Éva)

Célkitűzés: A várandósság során, illetve a szülést követően előforduló hangulati zavarok összefüggéseinek vizsgálata egyes demográfiai tényezőkkel, valamint az egészségmagatartás egyes dimenzióival. A társas támogatás, a párkapcsolattal és az élettel való elégedettség, valamint az énhatékonyság összefüggéseinek vizsgálata az ante- és posztnatális depresszió előfordulásával. Választ kerestünk arra a kérdésre, hogy milyen szociodemográfiai, szociális és intrapszichés tényezők lehetnek felelősek a várandósság alatt és a szülést követően kialakuló depresszióért.

Módszerek: A résztvevők várandósok ($n = 136$), illetve egy éven belül szült anyák ($n = 228$) voltak, összesen 364 fő adatát dolgoztuk fel. Felhasználtuk az Edinburgh Posztnatális Depresszió Skálát (EPDS), az Énhatékonyság Kérdőívet, a Kapcsolati Elégedettség Skálát (RAS-H), az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatát (SWLS-H), valamint a Multidimenzionális észlelt társas támogatás kérdőív magyar verzióját (MSPSS).

Eredmények és következtetések: Az eredmények arra engedtek következtetni, hogy bizonyos szociodemográfiai és pszichoszociális tényezők rizikófaktorok lehetnek a depresszió megjelenésére, ilyenek az alacsony énhatékonyság, a társas támogatás, a párkapcsolati elégedettség és az élettel való elégedettség alacsonyabb szintje. Összefüggést találtunk a depresszió és a multiparitás, a várandósság nem tervezettsége, a párkapcsolat instabilitása, a partner érzelmi támogatásának hiánya és a dohányzás között. Mivel a depresszió előfordulását számtalan tényező külön és együttesen is befolyásolhatja, ezért lényeges ezek feltárása a hatékony intervenció szempontjából.

Kulcsszavak: antepartum depresszió, posztpartum depresszió, társas támogatás, egészségmagatartás

Examination of social, socio-demographic and intrapsychic factors affecting mood disorders in the ante- and postnatal period

Objective: In our research, we investigated the relationship among mood disorders, demographic factors and certain dimensions of health behavior occurring during pregnancy and after childbirth. In connection with ante- and postpartum depression, these factors were social support, perceived satisfaction with partnership and life in general, and self-efficacy. Our research question referred to what socio-demographic, social and intrapsychic factors may be responsible for experiencing depression during pregnancy and after childbirth.

Method: Participants in the study were pregnant women ($N = 136$) and mothers ($N = 228$) who gave birth within a year. The total number of participants were 364. We applied the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Self-efficacy Questionnaire, the Relationship Satisfaction Scale (RAS-H), the Hungarian version of the Life Satisfaction Scale (SWLS-H), and the Hungarian version of the Multidimensional Perceived Social Support Questionnaire (MSPSS).

Results: Our results suggest that certain socio-demographic and psychosocial factors can be risk factors for depression, such as low self-efficacy, lack of partner and social support, and the low level of life satisfaction. In addition to this, there is

Érkezett: 2019. augusztus 1. Közlésre elfogadva: 2019. augusztus 27. Received: 1 august 2019 Accepted: 27 august 2019

Levelezési cím: Dr. Dombi Edina, SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, 6725 Szeged, Semmelweis u. 1.

E-mail: dombi.edina@med.u-szeged.hu

a correlation among depression and multiparity, unplanned pregnancy, instability of the relationship, lack of the partner's emotional support, and smoking.

Conclusion: Since the occurrence of depression can be influenced by a number of different factors either individually or jointly, it is essential to discover those in order to plan an effective intervention.

Keywords: antepartum depression, postpartum depression, social support, health behavior

Antenatális depresszió és prevalenciája

Az antenatális időszakban végbemenő testi, lelki valamint életmódbeli változások sok esetben megterhelik a nők életét, amelynek hatására pszichés problémák fordulhatnak elő. Számos kutatás igazolta, hogy a magzati életre és fejlődésre negatív hatással van a várandós anya depressziója, amely akár koraszülést is okozhat [1], alacsonyabb születési súlyt eredményezhet [2], továbbá posztpartum depressziót jelezhet előre [3]. A várandósság alatt előforduló depresszióknak több rizikótényezője is van, ilyenek a gyermek nem tervezettsége, a fiatal életkor és az egyedülállóság. Ugyanakkor az első várandósság hatása mintegy rizikócsökkentő faktor lehet a multiparitáshoz képest [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Számos kulcsfontosságú pszichoszociális tényező is hozzájárulhat a várandósság alatti depresszió kialakulásához, ilyenek a negatív hozzáállás a várandóssághoz, szociális támogatás hiánya, anyai stressz, negatív életesemények, valamint a partner és a család negatív érzelmi attitűdje [10, 11]. Kutatások igazolják, hogy a fejlett országokban a várandósság alatti depresszió előfordulási gyakorisága 7–17% között van [12, 13, 14, 15, 16]. Bowen és Muhajarine (2006) kutatási eredményei szerint a várandós nők 20%-ánál fordult elő depressziós tünetegyüttes [17]. Jellegzetes tünetei az alvási nehézségek, étkezési problémák és a vitalitás csökkenése, amik nehezen különböztethetők meg a várandóssággal együtt járó panaszoktól [14, 18]. Több tanulmány arról számolt be, hogy a depresszió mértéke változik a várandósság ideje alatt, a csúcás az első és harmadik trimeszterben van, míg átmeneti javulás figyelhető meg a második trimeszterben [5, 10]. Leight és munkatársai (2010) becslései szerint a depresszió előfordulási gyakorisága a várandósság alatt akár 16% is lehet [19]. Hazai vizsgálatok közül Tőreki és munkatársai (2013) az EPDS-kérdőívvel várandósok esetében 6,85%-os minor tünet előfordulást detektáltak, 3,2%-ban pedig súlyos tüneteket jeleztek, míg szülés után ezek az arányok az alábbiak szerint alakultak: enyhe tüneteket mutatók aránya 13,5%-os, a major tünetek előfordulása pedig 3%-os volt [20, 21]. Hompoth és munkatársai (2017) a depresszió előfordulásának valószínűségét vizsgálták:

- 1. trimeszterben 10,8%,
- 2. trimeszterben 6,9%, míg a
- 3. trimeszterben ez az arány 6,5% volt, szülés után pedig 7,8%.

Magasabb EPDS-átlagpontszámokat találtak abban a várandós csoportban, ahol nem volt tervezett a várandósság, a fiatal életkori csoportban, az egyedülállóknál, továbbá a primiparitás rizikócsökkentő tényezőként való jelenlétét igazolták [22]. Tőreki (2012) azt találta, hogy az antepartum időszakban az EPDS-pontszám–25 éves

anyáknál, a tervezett terhességtől a nem kívánt terhesség irányába pedig emelkedő tendenciát mutatott. Paritás vonatkozásában a 4. gyermek várása tűnt a legveszélyeztetettebbnek a tüneteket illetően és a 2. gyermek esetében a legoptimálisabbnak [8].

Posztpartum depresszió és előfordulási gyakorisága

A várandósság és szülés voltaképpen egy normatív krízis, amelyben az újdonsült anyának a megváltozott testi, mentális és szociális helyzetéhez alkalmazkodva új viselkedésszerepet kell kialakítania és egyéni problémamegoldó képességgel kell megküzdenie. Az új körülményekhez való alkalmazkodás hiánya viszont valódi krízishelyzetet szülhet, amely során felléphetnek mentális és hangulati zavarok [23, 24]. A szülést követő pszichés zavaroknak különböző típusai vannak: gyermekágyi lehangoltság, posztpartum depresszió és pszichózis, valamint posztpartum poszttraumás stressz zavar, de ez utóbbit specifikus szülés körüli traumák indukálják [25]. A szülés után fellépő lehangoltság a nők közel 80%-ánál fordul elő, de a tünetek általában átmenetiek, támogató beszélgetéssel, empátiával önmagától javul [26]. A súlyosbodással azonban posztpartum depresszió alakulhat ki, ami 10-15%-os prevalenciájú [27, 28, 29, 30, 31]. A posztpartum depresszióval gyakran jár együtt szorongás, pánikroham [32]. A pontos megelőzés és kezelés tekintetében pedig elengedhetetlen a rizikófaktorok feltárása és a védőmechanizmusok erősítése [33]. A posztpartum depresszió kialakulásában szerepet játszik egyrészt a szülést követően fellépő ösztrogén és progeszteron szint változása [34], másrészt a pszichoszociális faktorok. A szülést követő depresszió prediktorai lehetnek: a család nehéz anyagi helyzete, munkanélküliség, párkapcsolati nehézségek és a család támogatásának hiánya, továbbá premenstruációs szindróma, korábban előforduló depressziós periódus, önértékelési problémák, társadalmi elvárásoknak való meg nem felelés, a szülés során fellépő komplikációk, szoptatási nehézségek, koraszülés, valamint beteg gyermek világrahozatala [35, 36, 37, 38]. Kovácsné Török Zsuzsanna (2010) kutatásában a gyermekágyasok (szülést követő 3. napon) vizsgálata 29,8%-a kóros EPDS-értéket mutatott. Rizikótényezőnek számított a depresszív tünetek megjelenésére az anya egyedülállósága, az alacsony iskolai végzettség és lakhely esetén a falun élés. Továbbá paritás tekintetében az 1. és 4. szülés esetén találtak magas EPDS értéket [24]. Egy korábbi kutatás eredményei szerint szülést követően a nők 33,9%-át érintette depressziós állapot, 10,1%-uk súlyos, illetve közepesen súlyos hangulatzavartól szenvedett [39, 40].

Várandósok egészségmagatartása és a társas támogatás szerepe

Az egyre csökkenő születésszám, valamint a fejlődési rendellenességek kiszűrése miatt nagyobb figyelmet igényel a várandósok gondozása. A megfelelő táplálkozás mellett a fokozott vitamin- és folsavbevitel is lényeges, továbbá a dohányzás és alkoholfogyasztás mérséklése, teljes elhagyása, hiszen káros hatásai kimutathatók a magzatra nézve [41, 42, 43, 44]. Bödecs és munkatársai (2010) eredményei azt igazolták, hogy a várandós dohányzása szoros összefüggést mutatott a depresszióval, illetve azok az egyének, akik depressziós tüneteket mutattak, alacsony önértékeléssel bírtak, hajlamosabbak voltak egészségkárosító magatartásokra [4]. A szociális támogatás két aspektusa – elérhetősége és elfogadása – lényeges annak megértése szempontjából, hogy a társas kapcsolatok milyen módon befolyásolhatják az egészséget és a jóllétet [45]. A társas támogatás három kategóriában valósulhat meg: érzelmi, információs és instrumentális támogatás formájában [46, 47, 48]. Kutatási eredmények szerint a várandóssággal kapcsolatos változások kevésbé viselték meg azt az anyát, akinek megfelelő társas támogató rendszere volt, aminek hatására javult a közérzete, nőtt a személyes kontrollérzete és pozitívan befolyásolta az érzelmek megjelenését is [49, 50]. Collins és munkatársai (1993) vizsgálati eredményei szerint azok a várandósok, akik több társas támogatásban részesültek, azok kevésbé tapasztaltak hangulati zavarokat a gesztációs időszakban, és egészségesebb újszülöttet hoztak a világra (objektív mutatók alapján: Apgar-érték, születési súly) [51].

Intervenció és prevenció

Az ante- és posztpartum depresszió kezelése ugyanazon terápiákra támaszkodik, mint az élet bármely más szakaszában fellépő depresszió kezelése, a biztonság növelésének szükségességével a magzatra nézve. A pszichoterápiák hatékonysága elismert (kognitív viselkedésterápia, interperszonális pszichoterápia), valamint az edukáció és támogatás is protektív lehet ebben az időszakban [52, 53]. Farmakológiai kezelés, antidepresszánsok használata is szükséges lehet bizonyos esetekben, ilyenkor fontos a partnert bevonása és tájékoztatása a terápiába [54]. Hahn-Holbrook és munkatársai (2013) a család támogatását és segítségét emelik ki legfontosabb faktorként, mely csökkenti a stresszt és a depresszív hangulat kialakulását [55]. Erős és Hajós (2011) szerint is a megelőzésre kell nagyobb hangsúlyt fektetni, hiszen a várandósság alatti depresszió nemcsak az anya számára káros, hanem a gyermek depressziójának esélyét is növeli, amelyet a gyermek utánzások tanulása és modellkövetés révén a negatív emocionális közegben sajátít el [56]. A megelőzés szempontjából fontos a családon belüli depresszió előfordulásának feltárása, a megfelelő pszichoedukáció, valamint olyan tényezők módosítása, amellyel az egyén megküzdését növeljük [57].

Mindezek alapján kutatásunk során feltételeztük, hogy:

H1 A vizsgált mintában a várandósság alatt, illetve szülést követő egyéves időszakban megfigyelhető hangulati

zavar előfordulási gyakorisága nem tér el jelentősen a szakirodalomban ismert nemzetközi és hazai minta adataitól.

H2 A depresszió megléte alacsonyabb párkapcsolati elégedettséggel és társas támogatással áll összefüggésben.

H3 Az alacsonyabb énhatékonysággal rendelkező (vagyis azok, akik kevésbé képesek célokat kitűzni és megvalósítani) és életükkel kevésbé elégedett nők esetében fordul elő inkább hangulati zavar.

H4 A várandósság alatt, illetve szülést követően fellépő hangulatzavar kialakulásában szerepet játszanak szociodemográfiai és intrapszichés (azaz a személyen belüli) tényezők is.

H5 A depresszió mértéke rosszabb egészségmagatartással, nagyobb mértékű dohányzással és alkoholfogyasztással, valamint kevesebb vitaminbevitellel jár.

Módszerek

Résztvevők

A kutatás résztvevői várandósok, illetve olyan édesanyák voltak, akik egy éven belül születtek. Mivel a posztpartum időszakra vonatkozólag a szakirodalomban széles spektrumú időbeliség a jellemző, egészen néhány naptól az egyéves periódusig, így Molnár és Münnich (2014) kutatását vetjük alapul, amelyben szintén 12 hónapon belüli szülés volt a kutatásban való részvétel feltétele [58]. Az elkészített kérdőívcsomagot online felületen tettük elérhetővé és nyomtatott formában védőnők segítségével töltöttük ki általuk gondozott várandósokkal. A védőnői hálózaton keresztüli kitöltésre engedélyt kaptunk az SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatójától, illetve a vezető védőnőtől. Az online kérdőívcsomagot 368 fő töltötte ki, ebből 333 fő adatát tudtuk felhasználni, mert 35 édesanya 1 éven túl szült. Papíralapon 31 fő töltötte ki, így összesen 364 fő adatával dolgoztunk a továbbiakban. A résztvevőkre vonatkozó részletes adatokat az 1. táblázat mutatja. A vizsgálatban résztvevők 60,7%-ának a jelenlegi az első várandóssága, amely 221 fő esetén fordult elő, és 269 főnek (73,9%) van már gyermeke (2. táblázat). A vizsgált minta ($n = 364$) 95,1%-a (346 fő) természetes úton esett teherbe, 4,9%-uk (18 fő) pedig asszisztált reprodukciós eljárás által. Etikai engedélyt az SZTE BTK Pszichológiai Intézet hagyta jóvá.

Vizsgálati eszközök

A kérdőív battria első részében a várandósság, illetve a szülés idejére kérdeztünk rá, majd demográfiai adatokat vetünk fel (életkor, lakóhely, iskolai végzettség, családi állapot, kapcsolat hossza, gyermekek száma, kora). Ezután egyéni kérdéseket fogalmaztunk meg, a válaszadó várandósságával kapcsolatosan. A kérdőív egészségmagatartásra vonatkozó részében a várandósság tervezettségére, dohányzásra, alkoholfogyasztásra és vitaminbevitelre fókuszáltunk. A kérdőívcsomag következő részében validált kérdőívek következtek.

1. táblázat: A minta demográfiai jellemzői (Minta N = 364)		
Minta	Gravida	n = 136
	Posztpartum	n = 228
Átlagéletkor		31,52 (SD = 4,359 év)
	Gravida	31,24 (SD = 4,537 év)
	Posztpartum	31,69 (SD = 4,251 év)
Lakóhely	Falu	12,6% (46 fő)
	Város	83,5% (304 fő)
	Község	3,8% (14 fő)
Iskolai végzettség	Érettséginel alacsonyabb	3,6% (13 fő)
	Középfokú végzettség	28% (102 fő)
	Felsőfokú végzettség	68,4% (249 fő)
Családi állapot	Házass	72,5% (264 fő)
	Élettársi kapcsolatban él	26,6% (97 fő)
	Elvált	0,5% (2 fő)
	Egyedülálló	0,3% (1 fő)
Párkapcsolat hossza	Kevesebb mint 1 éve	1,1% (4 fő)
	1–3 éve	13,5% (49 fő)
	3–6 éve	28% (102 fő)
	6–10 éve	33% (120 fő)
	10–15 éve	20,6% (75 fő)
	Több mint 15 éve	3,8% (14 fő)

A résztvevőkre vonatkozó demográfiai adatok, mint a várandós és posztpartum anya átlagéletkora, lakóhelye, iskolai végzettsége, családi állapota és párkapcsolatának hossza.

Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála (EPDS)

Olyan nők szűrésére szolgál, akik szülés utáni hangulatzavarban szenvednek [59]. Az EPDS egy 10 kérdésből álló skála, amely a depresszió kognitív és affektív tüneteit, valamint szorongásos tüneteket mér. A ponthatárok a követ-

kezők szerint alakulnak: az antepartum időszakban: 8-12 pont minor depresszió, 13 pont felett major depresszió, 10-12 pont felett pedig a posztpartum szakban jelez depressziót [8].

Énhatékonyság kérdőív

Az énhatékonyságot az egydimenziós, 10 itemet tartalmazó magyar kérdőívvel mértük, amelyet Kopp, Schwarzer és Jerusalem (1993) dolgozott ki [60]. A tételek kritikus helyzetekhez való hozzáállásra kérdeznak rá. Minél magasabb a pontszám, annál erősebb énhatékonyság-érzés jellemző a személyre [61].

Kapcsolati Elégedettség Skála (RAS-H)

A RAS-kérdőív a párkapcsolatok működésében észlelt szubjektív érzések alapján megítélt elégedettséget méri. A RAS-H egydimenziós kérdőív, amely hét kérdésből áll [62]. A kérdőívet kiegészítettük két további kérdéssel: „Mennyire érzi stabilnak a kapcsolatát, illetve „Mennyire érzi úgy, hogy partnere érzelmileg támogatja a mindennapi problémák megoldásában”.

Élettel való Elégedettség Skála (SWLS-H)

Az SWLS-H öt pozitív állításból áll, az összegzést tekintve az egyes válaszok pontértékeinek összege adja a skála végpontszámát. A magas pontérték magas élettel való elégedettséget jelent [63].

Multidimenzionális észlelt társas támogatás kérdőív (MSPSS)

A kérdőívet Zimet és munkatársai (1988) fejlesztették ki, arra a célra, hogy feltárják azokat a szociális kapcsolatokat, amelyeket az egyén szubjektíven észlel, és jólléte szempontjából rá releváns hatással vannak [64]. A kérdőív magyar nyelvű változatát használtuk a kutatás során, amely önjel-lemzésen alapul, kitöltése egyszerű, és rövid időt vesz igénybe. A kérdőív három dimenzió mentén méri a társas támogatásban résztvevő személyek meglétét: család, barátok és szignifikáns mások dimenzióban [65].

Eredmények

Az adatok feldolgozása számítógépen, SPSS 22.0 statisztikai programmal történt. Szignifikánsnak a 0,05 alatti p-értéket tekintettük.

Egészségmagatartásra vonatkozó adatok

Az egészségmagatartás szempontjából lényegi kérdés a várandósság tervezettsége, ami összefüggést mutathat további egészségmagatartással kapcsolatos tényezőkkel (dohányzás, alkoholfogyasztás, vitaminfogyasztás) (3. táblázat). A kér-

2. táblázat: Paritás megoszlása (Minta n = 269)	
Gyermekek száma	Megoszlás (%)
Egy gyermek	53,8% (145 fő)
Két gyermek	18,4% (49 fő)
Három gyermek	4,1% (11 fő)
Négy gyermek	0,8% (2 fő)
Öt gyermek	0,3% (8 fő)

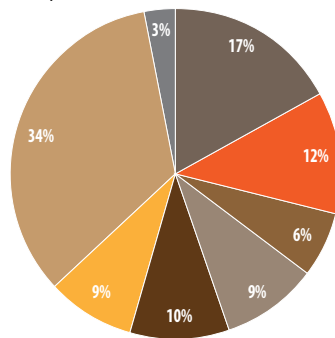
A gyermekek számának megoszlása a több gyermekkel rendelkező anyák csoportjában.

3. táblázat: A várandósság tervezettség és a tudatosan végzett tevékenységek megoszlása		
Antepartum (136 fő)	Tervezte	93,4% (127 fő)
	Nem tervezte	5,9% (8 fő)
	Nem kívánt	0,7% (1 fő)
	Tudatosan készült	84,6% (115 fő)
	Nem készült	15,4% (21 fő)
Posztpartum (228 fő)	Tudatos tevékenységet végzett	83,8% (114 fő)
	Tervezte	92,1% (210 fő)
	Nem tervezte	7,9% (18 fő)
	Nem kívánt	– (0 fő)
	Tudatosan készült	86% (196 fő)
	Nem készült	14% (32 fő)
	Tudatos tevékenységet végzett	85,5% (195 fő)

A két csoportban a várandósság tervezettségének megoszlása, és a gyermekvállalásra tudatosan és nem tudatosan készült anyák aránya. Továbbá a tudatosan készült anyák esetében a meghatározott tevékenységet folytatók előfordulási gyakorisága.

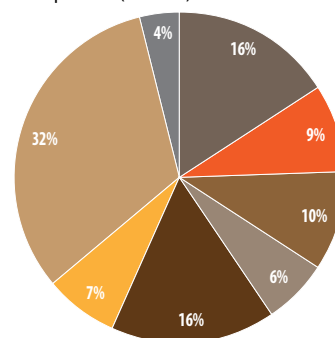
dőiv lehetővé tette, hogy a válaszadók megjelöljék azokat a tevékenységeket, amiket a gyermekvállalásra készülve tudatosan folytattak (1. ábra). Az egészségmagatartásra vonatkozólag három saját kérdést is megfogalmaztunk, amelyek közül egy kérdés a magzatvédő és/vagy multivitaminok szedésére koncentrált, míg két kérdés a káros egészségmagatartásra vonatkozott (dohányzás és alkoholfogyasztásra) (4. táblázat).

Antepartum (n = 114)



Étrendváltoztatás
Dohányzásabbahagyás
Alkoholfogyasztás abbahagyás
Sport
Pihenés
Relaxálás, meditálás
Vitaminfogyasztás
Egyéb

Posztpartum (n = 195)



Étrendváltoztatás
Dohányzásabbahagyás
Alkoholfogyasztás abbahagyás
Sport
Pihenés
Relaxálás, meditálás
Vitaminfogyasztás
Egyéb

1. ábra: Tudatosan végzett tevékenységek megoszlása a várandós és posztpartum csoportban

Hipotézisvizsgálat

A depresszió előfordulása a vizsgált mintában

Az első hipotézisünk (H1) szerint a vizsgált mintában a várandósság alatt és a szülést követő egy éven belül meg-

4. táblázat: Egészségmagatartás előfordulási gyakorisága az ante- és posztpartum csoportban

Antepartum (136 fő)	Vitaminkészítmény	Fogyasztott	86% (117 fő)
		Nem fogyasztott	14% (19 fő)
	Alkoholfogyasztás	Rendszeresen	– (0 fő)
		Rendszertelenül	16,9% (23 fő)
		Egyáltalán nem	83,1% (113 fő)
	Dohányzás	Rendszeresen	2,2% (3 fő)
		Rendszertelenül	3,7% (5 fő)
		Egyáltalán nem	94,1% (128 fő)
Posztpartum (228 fő)	Vitaminkészítmény	Fogyasztott	79,4% (181 fő)
		Nem fogyasztott	20,6% (47 fő)
	Alkoholfogyasztás	Rendszeresen	– (0 fő)
		Rendszertelenül	17,1% (39 fő)
		Egyáltalán nem	82,9% (189 fő)
	Dohányzás	Rendszeresen	0,9% (2 fő)
		Rendszertelenül	3,1% (7 fő)
		Egyáltalán nem	96,1% (219 fő)

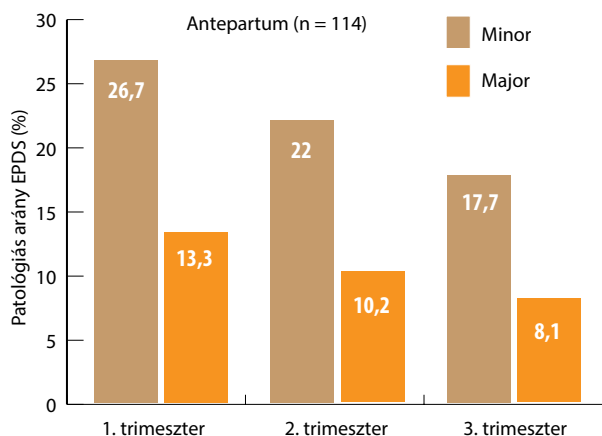
A várandósság alatti dohányzás és alkoholfogyasztás mértékének (rendszeresen, nem rendszeresen és egyáltalán nem) előfordulása, valamint magzatvédő multivitamin szedésének gyakorisága a két csoportban.

5. táblázat: Az EPDS-kérdőív átlagértékei	
Csoport	EPDS
Várandósok (N = 136)	6,18 (SD = 5,058)
Szülés 1 héten belül (N = 1)	6,00
Szülés 1 hónapon belül (N = 18)	9,17 (SD = 5,371)
Szülés 6 hónapon belül (N = 81)	7,9 (SD = 5,817)
Szülés 1 éven belül (N = 128)	8,32 (SD = 5,554)

Az EPDS kérdőív átlagértékei a várandósság alatt, és szülés után 1 héten, 1 hónapon, 6 hónapon és 1 éven belül.

jelenő hangulati zavar előfordulási gyakorisága nem tér el jelentősen a nemzetközi és hazai mintában mért eredményekkel.

Az 5. táblázatban látható, hogy a legmagasabb EPDS-átlagpontot azok az anyák adták, akik 1 hónapon belül szültek ($M = 9,17$; $SD = 5,371$). A szült anyák magasabb pontszámot ($M = 8,23$ ($SD = 5,611$)) érték el az EPDS-kérdőíven, mint a várandósok ($M = 6,18$ ($SD = 5,058$)), a két csoport átlaga közötti különbség szignifikáns ($t(362) = -3,499$, $p = 0,001$) volt. A vezető tünet, amely a legmagasabb átlagpontszámot kapta, az „aggódás, szorongás” ($M = 1,45$; $SD = 0,957$) volt. Antepartum mintán a kérdőívek kiértékelése után 136 fő 30,1%-ánál (41 fő) az EPDS jelzett valamilyen



2. ábra: EPDS kérdőívvel mért patológias arány a várandósság három trimeszterében.

7. táblázat: Az étellel való elégedettség kérdőív átlagértékei			
Minta	Átlag	Minimum érték	Maximum érték
Teljes (n = 364)	27,52 (SD = 5,523)	5 (n = 1)	35 (n = 18)
Gravidák (n = 136)	28,07 (SD = 5,133)	6 (n = 1)	35 (n = 7)
Posztpartum (n = 228)	27,2 (SD = 5,73)	5 (n = 1)	35 (n = 11)

Az SWLS-H kérdőív átlagértékeinek kimutatása a gravidák és posztpartum anyák esetében, továbbá az előforduló minimum és maximum értékek számszerű megoszlása.

szintű hangulati elváltozást: 20,6%-nál (28 fő) minor, 9,6%-nál (13 fő) major depresszió feltételezhető. A posztpartum mintán a megkérdezettek 34,2%-ánál valószínűsíthető depresszió (6. táblázat).

Az EPDS-kérdőívvel mért patológiás arány látható külön kimutatva trimeszterekre a 2. ábrán. Az első trimeszterben magasabb arányban fordult elő minor depresszió (26,7%), major depresszió 13,3%-ban figyelhető meg. Az átlagpontokat tekintve ebben az időszakban adtak legmagasabb pontot a várandósok ($M = 6,93$; $SD = 6,692$). A második trimeszterben csökkenni látszott ez az arány mind a minor (22%), mind a major (10,2%) depresszió esetén ($M = 6,15$; $SD = 5,179$), míg a harmadik trimeszterben ez az arány a legacsonyabb volt: minor (17,7%), major depresszió (8,1%) ($M = 6,02$, $SD = 4,547$). A vizsgált mintán kapott eredmények az első hipotézisünket alátámasztották.

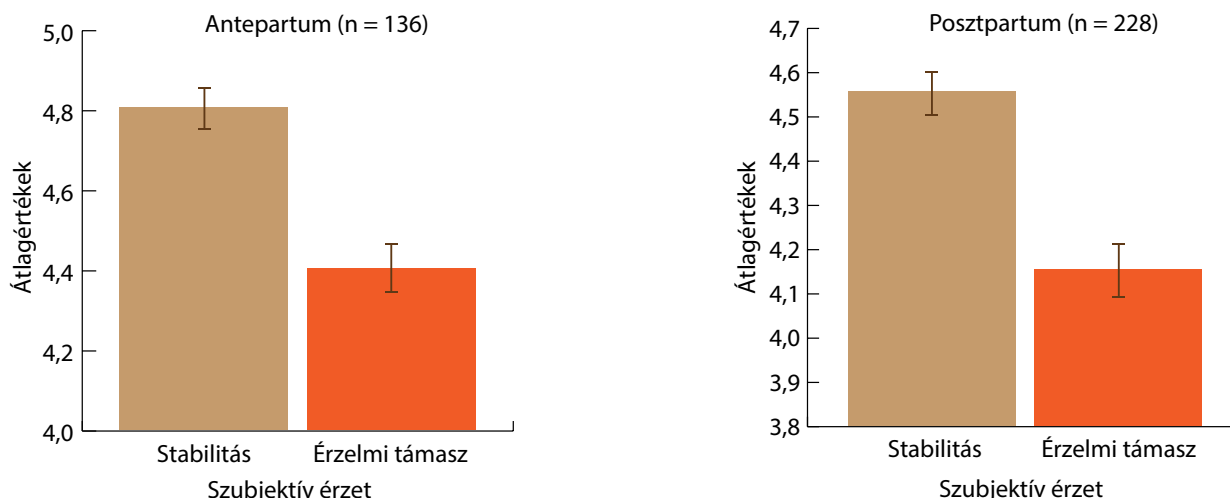
A depresszió és intrapszichés, valamint pszichoszociális tényezők kapcsolata

A második hipotézisünkben (H2) azt feltételeztük, hogy az EPDS-kérdőív magasabb pontszámai együttjárnak a RAS-H- és MSPSS-kérdőívek alacsonyabb pontszámaival.

A párkapcsolati elégedettség átlagpontszáma várandósok esetén 31,21 volt ($SD = 3,737$), a posztpartum csoportban pedig 29,65 lett ($SD = 4,977$). Szignifikáns különbség volt a várandósok és a posztpartum anyák átlagai között [$t(343,299) = 3,402$; $p = 0,001$]. Vagyis különböző mértékben érzékelték a várandósok és a szült anyák a pár-

6. táblázat: Az EPDS-kérdőív depressziókatóriáinak megoszlása		
EPDS		
Antepartum (M = 136)		
Normál (0–7)	Minor (8–12)	Major (13–)
95 fő (69,8%) M = 3,58 (SD = 2,323)	28 fő (20,6%) M = 9,75 (SD = 1,404)	13 fő (9,6%) M = 17,46 (SD = 4,465)
Posztpartum (n = 228)		
Normál (0–9)	Depr. valószínűsíthető (10–)	
150 fő (65,8%) M = 4,93 (SD = 2,667)	78 fő (34,2%) M = 14,58 (SD = 4,12)	

Az EPDS kérdőív kiértékelése után a pontszámok alapján minor és major csoportba sorolt várandósok kimutatása, továbbá a posztpartum mintán a magas rizikójú depresszió előfordulási gyakorisága. (M: átlag, SD: szórás.)



3. ábra. Stabilitás és érzelmi támasz átlagértékek csoportonkénti megoszlása.

kapcsolatukkal való elégedettség mértékét. A stabilitás és érzelmi támasz tekintetében a várandósok csoportja ($N = 136$) adott átlagosan magasabb pontszámot mindkét esetben (stabilitás: $M = 4,76$; $SD = 0,551$; érzelmi támasz: $M = 4,39$; $SD = 0,896$), szemben a szült anyák csoportjával (stabilitás: $M = 4,54$; $SD = 0,841$; érzelmi támasz: $M = 4,17$; $SD = 1,103$) (3. ábra). Különböző mértékben érzékelték a stabilitás mértékét a várandósok és a szült anyák [$t(358,813) = 2,923$; $p = 0,004$]. A vizsgált mintán a társas támogatás mértékének átlagpontszámait az 4. ábra reprezentálja. Az EPDS-kérdőívvel mért depresszió mértéke szignifikáns, gyenge, negatív irányú együttjárást mutatott a társas támogatás egyes alsó kategóriáival: család alsó kategóriáján [$r(362) = -0,397$; $p < 0,001$], a barátok alsó kategóriáján [$r(362) = -0,271$; $p < 0,001$] és a releváns mások kategóriájában is [$r(362) = -0,379$; $p < 0,001$]. Vagyis ha a társas támogatás valamely kategóriája erősebb, akkor csökken az EPDS-sel mért depresszió mértéke is, és fordítva is igaz. Ugyanígy fordított irányú erős, szignifikáns összefüggést találtunk a RAS-H-kérdőívvel mért párkapcsolati elégedettséggel [$r(362) = -0,386$; $p < 0,001$]. Az egyik növekedésével a másik csökkenése jár együtt, az ok és okozat nem feltárható, a kapcsolat szimmetrikus.

Harmadik hipotézisünkben (H3) az élettel való elégedettség, az énhatékonyság, valamint az EPDS-kérdőív által mért depresszió között fordított irányú kapcsolatot feltételeztünk. Az élettel való elégedettség kérdőív átlagpontszámait a 7. táblázat prezentálja. Pearson-féle korrelációval néztük meg, hogy a változók között volt-e együttjárás. Az élettel való elégedettség és a depresszió mértéke (EPDS) között negatív irányú, közepesen erős, szignifikáns összefüggést találtunk [$r(362) = -0,481$; $p < 0,001$]. Továbbá az énhatékonyság is biztos, de negatív irányú, szignifikáns kapcsolatot találtunk az EPDS-sel mért depresszióval [$r(362) = -0,389$; $p < 0,001$]. Második és harmadik hipotézisünk az eredmények alapján beigazolódtott a vizsgált mintán, hiszen minden esetben fordított irányú kapcsolatot találtunk a depresszió és az énhatékonyság, társas támogatás, élettel és párkapcsolattal való elégedettség eredményeivel.

A hangulati zavarokra ható szociodemográfiai tényezők vizsgálata

Feltételezzük, hogy egyes szociodemográfiai komponensek (életkor, lakóhely, végzettség, családi állapot, párkapcsolat

8. táblázat: EPDS átlagértékek és tervezettség, paritás kapcsolata												
	1. trimeszter			2. trimeszter			3. trimeszter			Posztpartum		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
tervezte	12	7,00	6,281	55	6,11	5,259	60	5,8	4,177	210	8,04	5,487
nem tervezte	3	6,67	9,815	4	6,75	4,5	2	12,5	12,021	18	10,39	6,696
	$t(13) = -0,074$, $p = 0,942$ Levene $p = 0,243$			$t(57) = 0,237$, $p = 0,813$ Levene $p = 0,69$			$t(1,008) = 0,787$, $p = 0,575$ Levene $p = 0,006$			$t(226) = 1,71$, $p = 0,089$ Levene $p = 0,079$		
multipara	5	5,2	2,775	27	7,33	6,294	23	6,7	5,013	214	8,3	5,656
primipara	10	7,8	7,983	32	5,16	3,836	39	5,62	4,265	14	7,14	4,912
	$t(13) = -0,696$, $p = 0,499$ Levene $p = 0,126$			$t(57) = -1,632$, $p = 0,108$ Levene $p = 0,063$			$t(60) = -0,902$, $p = 0,37$ Levene $p = 0,561$			$t(226) = -0,746$, $p = 0,456$ Levene $p = 0,201$		

Független mintás t-próbát alkalmazva szignifikáns különbség nem mutatkozott egyik trimeszterben sem és szülés után sem az EPDS átlagértékek és a várandósság tervezettsége, továbbá a paritáscsoportosító változó között. (N: a minta elemszáma, M: átlag, SD: szórás.)

hossza, paritás, várandósság tervezettsége, tudatos készülés a gyermekvárásra, és a teherbeesés módja) szerepet játszhatnak az EPDS-kérdőívvel mért depresszió megjelenésében (H4). Az eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a vizsgált mintán a depresszió előfordulása függetlenül nyilvánult meg a végzettségtől, lakóhelytől, családi állapottól, párkapcsolat hosszától, tudatos tevékenységektől, teherbeesés módjától és az anya életkorától. Viszont a GYEREK (multipara, unipara), illetve TERVEZETTSÉG (tervezte, nem tervezte, nem kívánt terhesség) független változók hatását vizsgálva, szignifikáns volt a GYEREK főhatás [$F(1, 359) = 14,89$; $p < 0,001$], ami azt mutatja, hogy a hatás nem egyformán mutatkozott meg attól függően, hogy az anyának volt-e másik gyermeke vagy nem, önmagában a további gyermektől függően változott a depresszió előfordulása. A TERVEZETTSÉG főhatás is szignifikánsnak bizonyult [$F(2, 359) = 3,22$; $p = 0,041$], ami arra utal, hogy önmagában az, hogy egy nő tervezte-e vagy nem, esetleg nem kívánt volt a terhessége, befolyásolta a depresszió előfordulását. A GYEREK \times TERVEZETTSÉG kereszthatás is szignifikáns eredményt hozott [$F(1, 359) = 6,135$; $p = 0,014$], ami azt jelenti, hogy a további gyermek megléte és a várandósság tervezettsége együttes hatása is befolyásolta a depresszió előfordulásának mértékét.

A többszemponos ANOVA-vizsgálattal kapott eredmények után összehasonlítottuk a csoportok EPDS átlagát. Független mintás t-próbát alkalmazva nem mutatkozott szignifikáns különbség az EPDS-átlagpontszámok és a várandósság tervezettsége, valamint partiáscsoportosító változó között egyik trimeszterben sem és a posztpartum csoportban sem (8. táblázat).

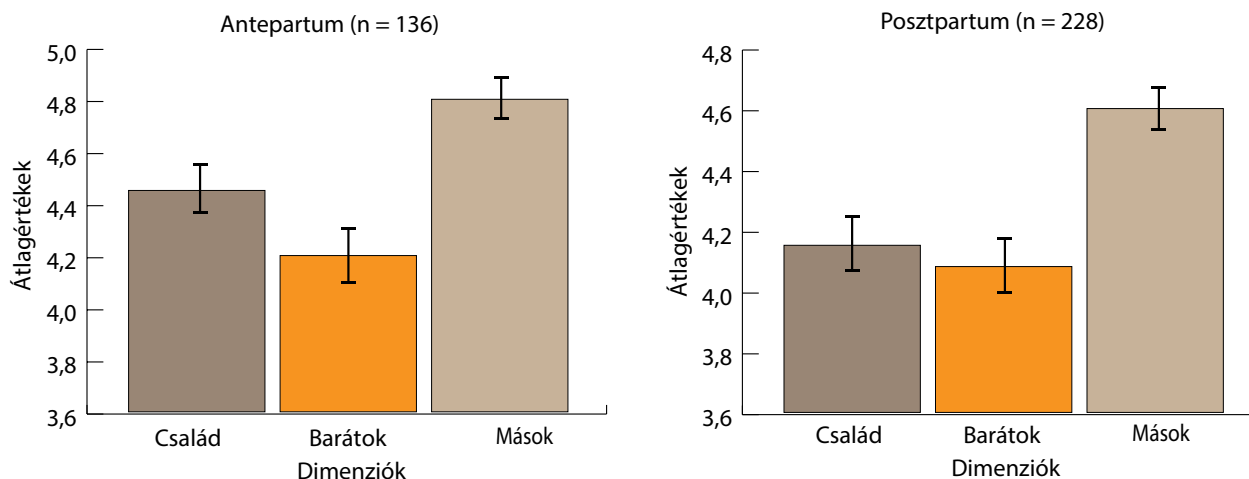
A párkapcsolati stabilitás és érzelmi támogatás szubjektív érzetének hatását vizsgálva a depresszió mértékére azt találtuk, hogy a STABILITÁS főhatás szignifikáns volt [$F(4, 344) = 2,705$; $p = 0,03$], ami azt jelenti, hogy önmagában az, hogy az anya mennyire érezte stabilnak a párkapcsolatát befolyásolta a depresszió mértékét. Az ÉRZELMI TÁMOGATÁS főhatás szintén szignifikáns eredményt hozott [$F(4, 344) = 2,408$; $p = 0,049$], ami arra utal, hogy a depresszió mértéke attól függően nyilvánult meg, hogy az

anyának milyen szubjektív érzete volt azzal kapcsolatban, hogy a partnere mennyi érzelmi támogatást nyújt számára a mindennapi problémák megoldása terén. A STABILITÁS \times ÉRZELMI TÁMOGATÁS interakció nem hozott szignifikáns eredményt [$F(11, 344) = 1,141$; $p = 0,328$], így ezek együttesen nem befolyásolták az EPDS-sel mért depresszió mértékét.

A negyedik hipotézisünk részben igazolódott be, hiszen a szociodemográfiai tényezők közül csak a paritás és tervezettség tekintetében, valamint a párkapcsolati stabilitás és érzelmi támasz vonatkozásában kaptunk szignifikáns összefüggést a depresszió előfordulásával, a többi tényező jelen mintán nem mutatott jelentős befolyásoló hatást.

A destruktív egészségmagatartás hatása a depresszióra

Az ötödik hipotézisünkben azt feltételeztük (H5), hogy a depresszió mértéke rosszabb egészségmagatartással, nagyobb mértékű dohányzással és alkoholfogyasztással, valamint kevesebb vitaminbevitellel jár. Spearman-féle korrelációvizsgálattal azt találtuk, hogy az alkoholfogyasztás és az EPDS-sel mért depresszió között nincs szignifikáns kapcsolat [$r(362) = 0,052$; $p = 0,325$], és a magzatvédő vitaminfogyasztással sem volt [$r(362) = -0,052$; $p = 0,324$]. A dohányzás és a depresszió között gyenge pozitív irányú korrelációt találtunk [$r(362) = 0,135$; $p = 0,01$]. A dohányzás és magzatvédő vitaminok befolyásoló hatását vizsgáltuk az EPDS összpontszámokra. A DOHÁNYZÁS (dohányzik, nem dohányzik) főhatás ez esetben szignifikánsnak bizonyult [$F(1, 360) = 5,849$; $p = 0,016$], ami arra utal, hogy az édesanya dohányzása várandóssága alatt befolyásolta a depresszió előfordulását. A MAGZATVÉDŐ VITAMIN (fogyasztott, nem fogyasztott) főhatása nem volt szignifikáns [$F(1, 360) = 0,023$; $p = 0,88$], és a MAGZATVÉDŐ VITAMIN \times DOHÁNYZÁS kereszthatás sem hozott szignifikáns eredményt, ami azt jelenti, hogy a dohányzás befolyásoló hatása attól függetlenül nyilvánul meg a depresszióra, hogy az egyén fogyasztott-e magzatvédő vitamint várandóssága alatt vagy sem. Az ötödik hipotézisünkben feltételezett káros egészségmagatartások hatását a depresszióra nézve nem tudtuk kifejezetten igazolni, a dohányzás és az EPDS kérdőíven mért depresszió gyenge korrelációt mutat.



4. ábra. Társas támogatás dimenzióinak átlagértékei csoportonként

Megbeszélés

Kutatásunk első hipotézisében feltételeztük, hogy a vizsgált mintában hasonló arányú ante- és posztpartum depresszió meglétét tudjuk detektálni, mint a nemzetközi és hazai szakirodalom által publikált adatok. Vizsgálatunk eredményeiből az látható, hogy 20,6%-ban fordult elő minor depresszió a grvida csoportban az EPDS kérdőív alapján, míg 9,6%-ban major depresszió előfordulást találtunk. A posztpartum anyák csoportjában az EPDS-kérdőívvel 34,2%-os előfordulási magas rizikójú depresszió valószínűsíthető. Ennél alacsonyabb arányt kapott Leight és munkatársai (2010) várandós mintájukon (16%) [20], Bowen és Muhajarine (2006) pedig 20% depresszió előfordulást detektáltak [17]. Több nemzetközi kutatás szerint a gesztáció alatt előforduló depresszió 7-17% közé tehető [12, 13, 14, 15, 16]. Hazai eredményekkel összevetve, Töreki és munkatársai (2014) ennél alacsonyabb megoszlásban találtak depressziót jelző tüneteket, 6,85%-ban minor, 3,2%-ban major tüneteket azonosítottak mintájukon [20, 21]. Az eredményekből az is látszik, hogy az 1. trimeszterben volt a legmagasabb a minor és major depresszió előfordulása, majd ennek mértéke egyre csökkent a gesztáció előrehaladtával. Hompoth és munkatársai (2017) hasonlóan váltakozó, enyhén alacsonyabb arányú előfordulást kaptak a várandósság három trimeszterében, bár a vizsgálatuk longitudinális volt [22]. Lee és munkatársai (2007) eredményei szerint pedig az 1. és 3. trimeszterben fordultak elő jelentősebb mértékű depressziós tünetek, a 2. trimeszterben ez az előfordulás alacsonyabb volt, míg a jelen vizsgálatban csökkenő tendenciájú depresszió előfordulás kaptunk [5]. Kovácsné Török Zsuzsanna (2010) mintájában a résztvevők 29,8%-ánál jelzett kóros EPDS-értéket [24], Kopp és Skrabsky (1992) kutatásában a patológiás értéket elért személyek aránya 33,9% volt [39], ami közel hasonló arányú az eredményeinkkel (EPDS: 34,2%).

A második és harmadik hipotézisünk szerint azok a nők, akiknél az EPDS-kérdőív depressziót jelez alacsonyabb énhatekonysággal, társas támogatással rendelkeznek, valamint kevésbé elégedettek az életükkel és párkapcsolatukkal. Az eredményeink minden tényező esetében fordított irányú, közepesen erős szignifikáns kapcsolatot igazoltak a depresszió értékekkel. Vagyis a depresszióban szenvedő várandósok és posztpartum anyák gyengébb szociális támogatórendszerrel rendelkeztek, énhatekonyságukat kevésbé élték meg, és kisebb mértékben voltak elégedettek életükkel, valamint párkapcsolatukkal. A várandósság alatti hangulati zavarokkal foglalkozó kutatások zöme kimutatta, hogy a szociális támogató háttér hiánya a partner és család érzelmileg negatív hozzáállása is hozzájárulhat a depresszió kialakulásához [10, 11]. Más kutatások is kiemelték a társas támogató rendszer protektív hatását, amely csökkenti a stresszszintet és a káros egészségmagatartást [49, 50]. A vizsgálatból nem tudtuk megállapítani, hogy a depressziós tünetek oka vagy következménye a rosszabb társas támogatás, énhatekonyság, étellel és párkapcsolattal való elégedettség. Egy prospektív longitudinális vizsgálat lenne hivatott az ok-okozati szekvencia jobb megértéséhez.

Kutatásunk negyedik hipotézise kiterjedt a szociodemográfiai tényezők hatásának vizsgálatára, azok rizikó- vagy protektív tényezőként való azonosítására. A többszemponatos varianciaanalízis eredményei alapján el-

mondható, hogy a vizsgált mintán a paritásnak, tervezettségnek, párkapcsolati stabilitásnak és érzelmi támogatásnak volt befolyásoló hatása a depresszió mértékére. Korábbi kutatások eredményei összhangban voltak az eredményeinkkel, ugyanis várandósság alatt Hompoth és munkatársai (2017) rizikótényezőként azonosították a várandósság nem tervezettségét, a primiparitást pedig rizikócsökkentő tényezőként detektálták [22]. Szülés utáni vizsgálatok igazolták a nem tervezettség veszélyeztető hatását a depresszió kialakulására és a 4. gyermeküket várók esetén emelkedtek a depressziós tünetek [8]. Kovácsné Török (2010) kutatásában a primiparák és 4. gyermeküket szülők adtak magasabb EPDS pontszámokat [24]. A depresszió előfordulására a párkapcsolat stabilitásának és a partner felől érkező érzelmi támogatásnak volt szignifikáns befolyásoló hatás. Nem találtunk összefüggést a lakóhely, végzettség, családi állapot, a párkapcsolat hossza, teherbeesés módja, tudatosság, anya életkora tényezők és a depresszió között. Míg korábbi vizsgálatokban az anya életkora, lakóhelye, egyedülállósága, alacsony iskolai végzettsége számított a depresszió megjelenésében előrejelző tényezőnek [8, 22, 24].

Erre magyarázat lehet, hogy a kérdőívek önkitöltős volta torzíthatta a válaszokat olyannyira, hogy nem mutatkozott jelentős kapcsolat az egyes szociodemográfiai tényezők és a depresszió között. Valamint az, hogy a mintában szélsőséges esetek nem igazán fordultak elő, hiszen a legtöbb résztvevő városban lakó, felsőfokú végzettséggel rendelkező és házasságban volt. Érdemes lehet további vizsgálatokat folytatni periferián élő, alacsonyabb végzettséggel rendelkező anyák körében, hogy általános következtetéseket lehessen levonni. Az eredményeink alapján megnyugtató az a tény, hogy nem mutatkozott összefüggés a depresszió és a teherbeesés módja között, vagyis az asszisztált reprodukciós eljárás sem indukált magasabb depressziós szintet, mint egy természetes úton való fogantatás.

Végül az egészségkárosító magatartás hatásait vizsgáltuk a depresszió megjelenésére, a dohányzás, alkoholfogyasztás, és multivitaminok szedése tekintetében az ötödik hipotézisünkben. Az eredményeink alapján az alkoholfogyasztásnak és multivitaminok szedésének nincs befolyásoló hatása a depresszió megjelenésére. A dohányzás esetében gyenge együttjárást találtunk a depresszió megjelenésével. Többszemponatos varianciaanalízis eredményei alapján a dohányzás befolyásolta a depresszió megjelenését attól függetlenül, hogy az anya szedett-e mellette magzatvédő vitaminokat. Bödecs és munkatársai (2010) vizsgálatában is a dohányzás és depressziós tünetek összefüggését találták [4].

Következtetések

Kutatásunk korlátja az alacsony elemszám, amellyel a káros hatások összefüggését nem tudtuk kimutatni. További limitációként említenénk, hogy a hangulati zavarok értékelése egyszer történt meg, ami nem alkalmas annak meghatározására, hogy a tünetek állandóak vagy átmenetiek voltak. Továbbá a társadalmi-gazdasági státusz, anyagi helyzet, az egyéni személyiségjegyek, családi normák, családszerkezet, kulturális jegyek mind hozzájárulhatnak a hangulati zavarok kialakulásához. Mindezek mellett úgy véljük, ku-

tatásunk fontos lépés a hangulati zavarok dinamikus jellegének felismerése felé. Folyamatos kihívás, hogy azonosítsuk azokat a mechanizmusokat, amelyeken keresztül feltárjuk a várandósság alatti és szülést követő hangulati zavarok protektív és rizikótényezőit. Ezek azonosítása kulcsfontosságú az intervenció megtervezéséhez, az anyák és csecsemőik egészségének és jólétének előmozdítása érdekében.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

IRODALOM

- Jesse DE, Seaver W, Wallace DC. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery* 2003; 19(3): 191–202.
- Rahman A, Bunn J, Lovell H, et al. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115(6): 481–486.
- Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008; 8(24).
- Bödecs T, Horváth B, Szilágyi E, Diffelné NM, Sándor J. A szorongás, a depresszió, az önértékelés és a társadalmi tőke összefüggései a várandósok egészségmagatartásával. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2010; 11(1): 17–30.
- Lee AM, Lam SK, Lau SM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110(5): 1102–1112.
- Dudas RB, Csatornai S, Devosa I, et al. Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research* 2012; 200(2–3): 323–328.
- Kozinszky Z, Dudas RB, Csatornai S, et al. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2011; 46(5): 413–423.
- Tőreki A. Psychosocial risk factors and screening options for perinatal psychopathologies. PhD Thesis. Department of Obstetrics and Gynaecology, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged, Szeged, 2012. (A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik. PhD-tézis.) Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szeged, 2012. Available from: http://doktori.bibl.u-szeged.hu/1626/3/Toreki_Annamaria_doktori_disszert%C3%A1ci%C3%B3.pdf (Hungarian)
- Török Zs. Psychiatric disorders associated with childbearing, especially the field of the maternity blues. PhD-Thesis. (Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére. PhD-tézis.) Humán Bölcsészettudományok Doktori Iskola, Debreceni Egyetem, Debrecen, 2009. Available from: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/81696/ertekezes.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (Hungarian)
- Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 35–47.
- O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 569–573.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2003; 3(189): 148–154.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103(4): 698–709.
- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 2001; 323: 257–260.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106(5): 1071–1083.
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2004; 80(1): 65–73.
- Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Can. Nurse*, 2006; 102(9): 26–30.
- Josefsson A, Berg G, Nordin C, et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2001; 80: 251–255.
- Leight KL, Fitelson EM, Weston CA, Wisner KL. Childbirth and mental disorders. *International Review of Psychiatry* 2010; 22: 453–471.
- Tőreki A, Andó B, Keresztúri A, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery* 2013; 29(4): 308–315.
- Tőreki A, Andó B, Kozinszky Z, et al. Perinatal psychopathologies at the University of Szeged, Department of Obstetrics and Gynaecology. (Perinatális pszichopatológiák a szegedi Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán.) *Magyar Nőorvosok Lapja* 2013; 76(5): 6–12.
- Hompoth EA, Tőreki A, Baloghné FV, Németh G. A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatális időszakban. *Orvosi Hetilap*, 2017; 158(4): 139–146.
- Rapoport R. Normal Crises, Family Structure and Mental Health. *Family Process* 1963; 2(1): 68–80.
- Kovácsné Török Zs. Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére. (online) Értekezés. Letöltés dátuma: 2018. augusztus 22. Elérhető: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/81696/ertekezes.pdf?sequence=5&isAllowed=y> 2010.
- Török Zs, Szevényi P. Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok. A gyermekágyi lehangoltság. *Magyar Pszichológiai Szemle* 2007; 62(3): 395–405.
- Workman JL, Barha CK, Galea LA. Endocrine substrates of cognitive and affective changes during pregnancy and postpartum. *Behavioral Neuroscience* 2012; 126(1): 54–72.
- Mehta A, Sheth S. Postpartum depression: How to recognize and treat this common condition. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 2006; 11(1): 1–8.
- Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2003; 24: 257–266.
- Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1992; 21: 287–293.
- Gurel S, Gurel H. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2000; 91: 21–24.
- Trixler M. A szüléshez társuló pszichiátriai betegségek etiológiái és nozológiai problémái. *Orvosképzés* 1997; 1: 27–31.
- Doucet S, Dennis CL, Letourneau N, Blackmore ER. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* 2009; 38(3): 269–279.
- Avni-Barron O, Hoagland K, Ford C, et al. Preconception planning to reduce the risk of perinatal depression and anxiety disorders. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2010; 5: 421–435.
- Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior* 2016; 77: 153–166.
- Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues* 2010; 20(2): 96–104.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26(4): 289–295.
- Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal depression. *The Medical Journal of Australia* 1997; 167: 244–247.
- Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2010; 117(5): 540–550.
- Kopp M, Skrabsky Á. Magyar lelkiállapot. Budapest: Végeken Alapítvány; 1992.
- Kopp M, Szedmák S, Löke J, Skrabsky Á. A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae* 1997; 3: 136–144.
- Behrman RE, Butler AS. *Preterm Birth: Causes, Consequences and Prevention*. Washington DC: National Academy Press; 2006.
- Faden VB, Hanna E, Graubard BI. The effect of positive and negative health behaviour during gestation on pregnancy outcome. *Journal of Substance Abuse* 1997; 9: 63–76.
- Mills JL, Graubard BI, Harley EE, Rhoads GG, Berendes HW. Maternal alcohol consumption and birth-weight: how much drinking during pregnancy is safe? *Journal of American Medical Association* 1984; 252: 1875–1879.
- Savitz DA, Pastore LM. Causes of prematurity. In: McCormick MC, Siegel JE. (Eds). *Prenatal Care: Effectiveness and Implementation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. pp. 63–104.
- Gottlieb BH. Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* 1985; 2: 351–375.
- House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality. *American Journal of Epidemiology* 1982; 116: 123–140.
- Weiss R. The provisions of social relationships. In: Z. Rubin (Ed.) *Doing unto others*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1974. pp. 17–26.
- Wills TA. Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & SL. Syme (Eds.) *Social support and health*. San Diego: CA: Academic Press; 1985. pp. 61–82.
- Norbeck JS, Anderson NJ. Psychosocial predictors of pregnancy outcomes in low-income Black, Hispanic, and White women. *Nursing Research* 1989; 38: 204–209.
- Tietjen AM, Bradley CF. Social support and maternal psychosocial adjustment during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1985; 17: 109–121.
- Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SCM. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 65(6): 1243–1258.
- Karasu TB, Docherty JP, Gelenberg A, et al. Practice guideline for major depressive disorder in adults. *American Psychiatric Association. American Journal of Psychiatry* 1993; 150(4): 1–26.
- Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health* 2011; 3: 1–14.
- Carter D. Psychiatric disorder in pregnancy. *British Columbia Medical Journal* 2005; 47(2): 96–99.
- Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C, Chander A, Hobel C. Placental corticotropin-releasing hormone mediates the association between prenatal social support and postpartum depression. *Clinical Psychological Science* 2013; 1: 253–265.
- Erős E, Hajós A. A perinatális depresszió és szorongás megelőzése perikonceptiális gondozással. *Orvosi Hetilap* 2011; 152(23): 903–908.
- Freeman MP, Davis M, Sinha P, et al. Omega-3 fatty acids and supportive psychotherapy for perinatal depression: a randomized placebo-controlled study. *Journal of Affective Disorders* 2008; 110: 142–148.
- Molnár J, Münnich Á. A STAI módosított alkalmazása posztpartum szorongás vizsgálatában. *Alkalmazott Pszichológia* 2014; 14(2): 123–140.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
- Kopp MS, Schwarzer R, Jerusalem M. Hungarian Questionnaire in Psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research. *Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin* 1993.
- Schwarzer R. General perceived self-efficacy in 14 cultures. Self-efficacy assessment (online). *Freie Universität Berlin*. 1999. Letöltés dátuma: 2018. szeptember 6. Elérhető: http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/ehps_cd/health/world14.htm
- Martos T, Sallay V, Szabó T, Lakatos Cs, Tóth-Vajna R. A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatának (RAS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2014; 15(3): 245–258.
- Martos T, Sallay V, Désfalvi J, Szabó T, Ittész A. Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2014; 15(3): 289–303.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley DK. The multidimensional scale of social support. *Journal of Personality Assessment* 1998; 52(1): 30–41.
- Papp-Zipernovszky O, Kékesi MZ, Jámbori Sz. A multidimenzióális észlelt társas támogatás kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2017; 18(3): 230–262.